* Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
* высшего образования
* «Красноярский государственный медицинский университет
* имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
* Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО

**Реферат на тему «Острая задержка мочеиспускания».**

Выполнила: Полещук Елена Андреевна
ординатор кафедры
 мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО

Красноярск 2023

Содержание

* Этиология и патогенез.
* Клиническая картина.
* Дифференциальная диагностика.
* Диагностика и лечение на догоспитальном этапе.
* Диагностика и лечение в стационарном отделении скорой помощи.
* Литература.

Острая задержка мочеиспускания(OЗМ) — невозможность мочеиспускания при наполненном мочевом пузыре.

**Этиология и патогенез**

В отличие от хронической, постепенно нарастающей ишурии, острая задержка обусловлена стремительным патологическим процессом. В некоторых случаях она возникает как внезапное прерывание струи мочи во время опорожнения. Всего выделяют несколько групп факторов, способных приводить к такому явлению:

* **Механические причины.**Задержка мочеиспускания развивается из-за физического препятствия в мочевыделительных путях – конкрементов, сгустков крови, фрагментов опухоли. Иногда она отмечается на фоне простатита или аденомы предстательной железы. Прекращению оттока мочи предшествует прием алкоголя, пряных блюд, переохлаждение, вызывающие прилив крови к тазовым органам и отек простаты.
* **Психосоматические факторы.** Эмоциональный стресс, особенно при наличии нарушений психики (неврозы, психопатия), способен угнетать рефлексы, ответственные за мочеиспускание. Клинически это проявляется острой задержкой выделения мочи.
* **Посттравматические состояния.** Травмы органов таза, хирургические вмешательства, роды могут нарушать иннервацию мочевого пузыря или уретры. В результате развиваются различные расстройства мочеиспускания.
* **Лекарственная ишурия.** Прием определенных препаратов (чаще всего – снотворных, противовоспалительных средств, антидепрессантов) у некоторых лиц провоцирует спазмы мочевыделительных путей, выражающиеся внезапной полной или частичной задержкой мочи.

В патогенезе острой задержки мочи участвуют механический и динамический факторы.

• У пожилых мужчин в ответ на постепенно нарастающую инфравезикальную обструкцию (механический фактор) изменяется нервная регуляция - тонус гладкомышечных клеток m. detrusor vesicae повышается и детрузор гипертрофируется. Гистоморфологическая структура стенки мочевого пузыря постепенно изменяется: мышечные элементы замещаются соединительной тканью, развивается трабекулярность. Объём мочевого пузыря увеличивается. Процесс переходит в стадию декомпенсации - развивается гипотония гладкомышечных клеток детрузора (динамический фактор). В такой ситуации любой провоцирующий фактор (переохлаждение, приём алкоголя, приём острой пиши, длительное сидячее положение, запор) вызывает венозный застой в малом тазу, вены шейки мочевого пузыря расширяются, возникает отёк простаты, что, в свою очередь, приводит к деформации, сдавлению простатической части уретры (механический компонент). На фоне уже имеющихся патологических изменений детрузора развивается острая задержка мочи.

• Нередко острая задержка мочи у пожилых лиц возникает после инъекции спазмолитиков вследствие снижения тонуса детрузора, чаще при уже имеющемся урологическом заболевании (например, аденоме предстательной железы).

Рефлекторная острая задержка мочи чаще наблюдается после операций, особенно у детей, в связи с нарушением нервной регуляции детрузора и наружного сфинктера мочеиспускательного канала, состоящего из поперечнополосатых мышечных волокон. Кроме того, рефлекторная острая задержка мочи может возникнуть при травмах промежности, таза и нижних конечностей, при сильных эмоциональных потрясениях, алкогольном опьянении, испуге и истерии.

**Клиническая картина**

Клиническая картина острой задержки мочи достаточно специфична. Больные ведут себя очень беспокойно, жалуются на сильные боли в надлонной области, мучительные, нестерпимые позывы к мочеиспусканию, ощущение распирания внизу живота.

Интенсивность позывов к мочеиспусканию постоянно увеличивается. Больные стонут от боли, принимая различные положения с надеждой помочиться. Чтобы ослабить давление мышц передней брюшной стенки на перерастянутый мочевой пузырь, больные садятся на корточки.

Некоторые давят на область мочевого пузыря, пытаясь выдавить из себя скопившуюся мочу, мужчины сжимают половой член для уменьшения интенсивности позывов к мочеиспусканию. У некоторых больных можно наблюдать парадоксальную ишурию, когда пациент не может самостоятельно помочиться, а моча непроизвольно выделяется по каплям через уретру.

При острой задержке мочи часто возникают боли в промежности, в прямой кишке, пациентов беспокоят постоянные позывы к дефекации. Иногда у больных развивается парез кишечника с вздутием живота. Нередко пациенты с острой задержкой мочи доставляются в экстренные хирургические стационары с подозрением на острую кишечную непроходимость.

При осмотре у больных астенического телосложения определяется симптом «пузырного шара» — под кожей надлонной области четко контурируется переполненный мочевой пузырь. При большом объеме мочи в мочевом пузыре его верхняя граница достигает уровня пупка и выше.

При пальпации живота в проекции мочевого пузыря определяется болезненность, сочетающаяся с усилением позыва к мочеиспусканию. Для определения границ мочевого пузыря выполняют его перкуссию. Перкуторно вследствие наполнения мочевого пузыря определяется притупление звука. Перкуссию проводят от пупка сверху вниз по средней линии, палец- плессиметр кладут параллельно лобку.

Наряду со сбором жалоб и объективным осмотром больного необходимо тщательно собрать анамнез заболевания. Необходимо выяснить, как пациент мочился до возникновения острой задержки мочи, какого цвета была моча, принимал ли пациент препараты, способствующие возникновению острой задержки мочи.

Осложнения

Острая задержка мочи — состояние чрезвычайно опасное, поэтому ни в коем случае не стоит его игнорировать. Отсутствие своевременной помощи может привести к повреждению мочеиспускательного канала и разрыву стенок мочевого пузыря в результате слишком сильного наполнения и растяжения. Кроме того, при подобной патологии нередко наблюдается обратный заброс мочи в почки, что также чревато инфекциями и серьезными нарушениями работы выделительной системы. Если не устранить причину острой задержки, а лишь опорожнить мочевой пузырь, подобные эпизоды могут повторяться в будущем. В свою очередь, это может привести к развитию острых и хронических пиелонефритов, циститов. Нередко на фоне нарушения оттока мочи в мочевом пузыре начинается образование камней, что опять же грозит острой задержкой в будущем. К прочим осложнениям можно отнести инфекцию мочеполовых путей, а также хроническую почечную недостаточность. Острая задержка мочи у мужчин может привести к развитию острых форм орхита, простатита и эпидидимита.

**Дифференциальная диагностика ОЗМ по причине возникновения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Причина задержки мочеиспускания | Характер задержки мочеиспускания | Сопутствующие клинические признаки |  |
| Задержка мочеиспускания, обусловленная пороками развития, травмами и заболеваниями органов мочеполовой системы |
| Пороки развития (атрезия, клапаны и стриктуры мочеиспускательного канала, фимоз) | Острая или хроническая, характеризующаяся отсутствием мочеиспускания или выделением мочи по каплям | Беспокойное поведение новорожденного, флюктуирующая припухлость в надлобковой области, при фимозе — сужение крайней плоти |  |
| Травма мочеиспускательного канала (в результате повреждения костей таза, падения на твердый предмет) | Острая | Выделение крови из мочеиспускательного канала, гематома промежности. При у ретрографии — затек рентгеноконтрастного вещества за пределы мочеиспускательного канала |  |
| Стриктуры мочеиспускательного канала травматического или воспалительного происхождения | Хроническая (на ее фоне может возникнуть острая задержка мочеиспускания или развиться парадоксальная ишурия — непроизвольное по каплям выделение мочи из переполненного мочевого пузыря) | Рубцы в области мочеиспускательного канала, а также вне его и над лобком, препятствие на пути проведения катетера. При уретрографии — одиночные или множественные сужения мочеиспускательного канала |  |
| Камни, инородные тела мочеиспускательного канала | Острая (с внезапным прерыванием струи во время мочеиспускания) | При мочекаменной болезни задержке мочеиспускания предшествуют почечная колика, дизурия. Отмечается гематурия после физической нагрузки; гнойные или серозно-кровянистые выделения из мочеиспускательного канала. Через стенку мочеиспускательного канала иногда прощупывается камень или инородное тело, их также можно обнаружить при обзорной и контрастной цистографии |  |
| Злокачественные опухоли мочеиспускательного канала | Хроническая (затрудненное мочеиспускание с постепенным истончением струи) | Кровянистые выделения из мочеиспускательного канала; при пальпации — уплотнение по ходу мочеиспускательного канала. При уретрографии — дефект наполнения, при биопсии — признаки опухоли |  |
| Острый простатит и абсцесс предстательной железы | Острая | Боли в промежности, заднем проходе. При ректальном пальцевом исследовании — вся предстательная железа или одна ее доля увеличена, при абсцессе — с очагами уплотнения и флюктуации; пальпация ее крайне болезненна. Отмечается повышение температуры (иногда гектического типа) |  |
| Аденома предстательной железы | Острая или хроническая. При хронической задержке отмечаются учащенное затрудненное мочеиспускание тонкой вялой струей, никтурия, может развиться парадоксальная ишурия | При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная округлой формы предстательная железа со сглаженной бороздой, гладкой поверхностью, четкими границами, эластической консистенции; при пневмо-цистографии выявляется тень аденомы, вдающейся в просвет мочевого пузыря |  |
| Рак предстательной железы | Хроническая, с постепенно нарастающим затруднением мочеиспускания и истончением струи мочи, приводящая к парадоксальной ишурии; редко — острая | При ректальном пальцевом исследовании отмечаются неравномерное увеличение, плотная консистенция, бугристая поверхность, нечеткие границы предстательной железы, инфильтрация окружающей клетчатки и семенных пузырьков |  |
| Контрактура (склероз) шейки мочевого пузыря | Хроническая, с постепенно нарастающим затруднением мочеиспускания, выделением мочи тонкой вялой струей | При ректальном пальцевом исследовании — предстательная железа не увеличена; при проведении катетера преодолевается препятствие в шейке мочевого Пузыря; при цистоскопии выявляется бледность и ригидность задней полуокружности шейки мочевого пузыря |  |
| Травма мочевого пузыря (транспортная или в результате падения с высоты, удара в надлобковую область, переломов костей таза | Отсутствие мочеиспускания в связи с затеканием мочи из поврежденного мочевого пузыря в брюшную полость или околопузырную клетчатку | При позывах к мочеиспусканию выделяется несколько капель кровянистой мочи. При катетеризации катетер свободно проходит в мочевой пузырь, моча — кровянистая; при цистогра-фии — затеки рентгеноконтрастного вещества в свободную брюшную полость или в околопузырное пространство |  |
| Камни, инородные тела мочевого пузыря | Острая (нередко с внезапным прерыванием струи мочи во время мочеиспускания) | Задержке мочеиспускания обычно предшествует период дизурии, гематурия при ходьбе и физической нагрузке, пиурия. При цистоскопии или цистографии выявляются камни и инородные тела |  |
| Опухоли мочевого пузыря | Острая (задержка мочеиспускания может возникнуть во время профузной гематурии в связи с тампонадой мочевого пузыря сгустками крови) | Повторяющаяся гематурия. При ректальной и бимануальной пальпации может прощупываться опухоль; при цисто- и перицистографии — дефект наполнения и инфильтрация стенки мочевого пузыря; при цистоскопии выявляется опухоль |  |
| Сдавление мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря опухолью или воспалительным инфильтратом, исходящими из прилежащих органов и тканей | Хроническая, иногда острая | Наличие опухоли шейки матки, прямой кишки. При парапроктите — высокая температура, боли в промежности и прямой кишке, при ректальном пальцевом исследовании — плотный болезненный инфильтрат в малом тазу |  |
| Задержка мочеиспускания неврогенного характера |
| Поражения головного и спинного мозга различного генеза | Острая; при медленно развивающихся поражениях (спинная сухотка, опухоль спинного мозга, сирингомиелия и др.) — хроническая; может развиться парадоксальная ишурия или рефлекторный (неуправляемый) акт мочеиспускания | Признаки нарушения двигательной и чувствительной иннервации нижней половины тела (снижение всех видов чувствительности, пролежни, изменение походки, деформация голеней и стоп, расстройства дефекации) и другие симптомы заболевания ц. н. с. |  |
| Нарушения периферической иннервации мочевого пузыря (первичная атония или атония и арефлексия, возникшие после расширенных операций на органах малого таза — расширенной экстирпации матки, экстирпации прямой кишки) | При первичной атонии мочевого пузыря — хроническая, после расширенных операций на органах малого таза — острая или хроническая | Иногда нарушение чувствительности кожи промежности и вокруг анального отверстия — в зонах иннервации Siii—Siv (симптомы поражения ц. н. с. отсутствуют); при цистоскопии и цистографии выявляется трабекулярность мочевого пузыря; в мочевом пузыре определяется остаточная моча |  |
| Рефлекторная задержка мочеиспускания (послеоперационная, послеродовая, при вынужденном длительном горизонтальном положении, при травме, истерии) | Острая (следует дифференцировать с анурией, к-рая может возникнуть при этих состояниях) | Мочевой пузырь переполнен, позывы к мочеиспусканию (при истерии они могут отсутствовать или быть слабо выраженными) |  |
| Интоксикации, обусловленные алкоголем, транквилизаторами, наркотиками или другими лекарственными средствами, а также тяжело протекающими инфекционными заболеваниями | Острая | Признаки интоксикации (тяжелое общее состояние больного, психические расстройства и др.). Пальпаторно над лобком определяется переполненный мочевой пузырь |  |

Необходимо провести дифференциальную диагностику ОЗМ с анурией

и парадоксальной ишурией.

*Анурия*: нет позывов на мочеиспускание, мочевой пузырь пуст, поэтому при осмотре передней брюшной стенки нет выпячивания, притупления перкуторного звука и мочевой пузырь не пальпируется. Характерны клинические признаки острой почечной недостаточности.

 При *парадоксальной ишурии* пациент не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, он переполнен, но моча непроизвольно выделяется каплями. В анамнезе — заболевание, приводящее к развитию инфравезикальной обструкции (чаще всего ДГПЖ).

Наличие анурии или парадоксальной ишурии является показанием

к госпитализации пациента.

**Диагностика и лечение на догоспитальном этапе**

Сбор жалоб и анамнеза. При сборе анамнеза необходимо выяснить наличие каких‑либо нарушений мочеиспускания ранее, в том числе острой задержки мочеиспускания, урологических, неврологических и других заболеваний, осложненных нарушением функции нижних мочевыводящих путей, перенесенных оперативных вмешательств.

При физикальном обследовании необходимо оценить общее состояние пациента (сознание, дыхание, пульс и частоту сердечных сокращений, АД, температуру тела) и по возможности выяснить причину острой задержки мочеиспускания. С этой целью необходимо провести осмотр наружных половых органов для выявления признаков травмы или воспаления, пальцевое ректальное исследование.

При острой задержке мочеиспускания требуется экстренная помощь —

катетеризация мочевого пузыря.

Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря**:**

. травма уретры;

. острый уретрит;

. острый орхит, эпидидимит;

 .острый простатит. 

В этих случаях, а также при отсутствии возможности катетеризации мочевого пузыря показана медицинская эвакуация больного в стационар для выполнения альтернативных способов дренирования мочевого пузыря.

Показания к медицинской госпитализации для выполнения альтернативных способов дренирования мочевого пузыря, дообследования и устранения причин ОЗМ

. Наличие травмы органов мочевой системы.

. Наличие острых воспалительных урологических заболеваний.

. Невозможность катетеризации мочевого пузыря.

. Невозможность дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

. Тяжелое общее состояние пациента вследствие ОЗМ.

. Наличие ОЗМ в анамнезе.

. Наличие гематурии.

. При отсутствии показаний к медицинской эвакуации и в случае успешного удаления мочи из мочевого пузыря дальнейшее лечение пациента возможно в амбулаторных условиях.

**Диагностика и лечение в стационарном отделении скорой помощи**

Осмотр и физикальное обследование совпадают с таковыми на догоспитальном этапе.

Лабораторные исследования

. Клинический анализ крови: при острых воспалительных заболеваниях моче-выводящих путей и половых органов может определяться лейкоцитоз с увеличением содержания палочкоядерных форм.

. Биохимический анализ крови: определение уровня креатинина, мочевины и электролитов (Na+, K+, Cl— ) для выявления наличия и степени почечной

недостаточности.

. Количественный и качественный анализ эвакуированной мочи.

Инструментальные исследования

. УЗИ почек: результаты УЗИ зависят от длительности нарушения оттока мочи.

Может быть выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы почек как следствие ОЗМ и нарушения оттока мочи.

. УЗИ мочевого пузыря и простаты: переполненный мочевой пузырь подтверждает диагноз ОЗМ. Увеличение предстательной железы указывает на ДГПЖ

или рак простаты как причину ОЗМ.

. Консультация врача-уролога.

Если на догоспитальном этапе попытки катетеризации мочевого пузыря оказываются безуспешными, при отсутствии противопоказаний возможно использование металлического проводника для постановки постоянного уретрального катетера Фолея.

При неэффективности данных мероприятий или при наличии уретроррагии показан вызов врача-уролога для выполнения альтернативных способов дренирования мочевого пузыря, таких как троакарная цистостомия или эпицистостомия.

**Литература**

1. Н.А. Лопаткин - «Клиническое руководство по урологии»

2. Е.Б. Мазо- «Неотложная помощь при урологических заболеваниях», Лечащий врач, 2004 №9.

3.Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под.ред. С.Ф.Багенеко, - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,-2019.

4. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. Под ред В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко. – 4-е издание., перераб.и доп.-СП.: Издательский дом СПбМАПО,2007

5. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров. /А.Л Вёрткин, К.А.Свешников, - Москва: Издательство «Э», 2017.